

Información médica confidencial Acuerdo de consentimiento Confidential Health Information Consent Agreement

Usted ha sido referido a una Unidad de Coordinación de Cuidado del Bienestar Temporal (FWB CCU, por sus siglas en inglés) para que nuestra unidad pueda ayudar a otras personas involucradas en su cuidado a entender sus necesidades médicas. Mientras está en cuidado temporal, es importante que sus proveedores de atención médica y otras personas involucradas en su cuidado sean capaces de hablar entre sí sobre su atención médica. A veces, sus registros médicos pueden incluir información sobre:

- Servicios de planificación familiar, como control de natalidad y aborto;
- VIH/SIDA; y /o
- Enfermedades de transmisión sexual (enfermedades que puede adquirir al tener relaciones sexuales);
- Medicamentos y servicios para salud mental;
- Servicios de dependencia de sustancias químicas.

Ya que estos tipos de información médica son privados, los socios que tienen su información médica no pueden proporcionar dicha información a otras personas a menos que usted lo apruebe o que la ley del Estado de Washington diga que pueden darle información a otras personas. Esto aplica si su información de salud está en un sistema informático o en papel.

Al firmar este consentimiento, acepto que las personas que he identificado en este formulario tienen permiso de ver mi información médica privada confidencial y pueden dialogar entre sí para ayudarme a administrar mi atención médica. Esta información médica puede ser anterior y posterior a la fecha en la que firmó este formulario. Sus registros médicos pueden tener información sobre enfermedades o lesiones que tiene o puede haber tenido antes; resultados de pruebas, tales como radiografías o análisis de sangre; y los medicamentos que está tomando o ha tomado antes.

Si usted no firma este formulario, usted aún podrá obtener los servicios del Bienestar Temporal. **A todos los jóvenes de más de 13 años remitidos a nuestra unidad se les preguntará si quieren firmar este formulario, sin importar si el tipo de información médica en este formulario aplica para usted.**

ACEPTO dejar que FWB CCU reciba y comparta mi información médica con los socios que se enumeran en este formulario en lo referente a:

- Todos mis registros como cliente, incluyendo los de salud reproductiva (es decir, control natal, embarazos, abortos), registros de resultados de análisis, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS), (RCW 70.24.105), registros de salud mental (RCW 71.05.620), y registros de dependencia a sustancias químicas (CD, por sus siglas en inglés) (42 DFR Parte 2).

O sólo los siguientes registros (marcar todos los que apliquen):

- Resultados de análisis, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Salud reproductiva (servicios de planificación familiar como control de natalidad y aborto)
- Registros de salud mental (RCW 71.05.620)
- Registros de dependencia a sustancias químicas (CD, por sus siglas en inglés) (42 CFR Parte 2)
- Otros (indicar): _____

También ACEPTO que los socios que figuran en este formulario puedan compartir mi información médica entre sí, y que no pueden compartirla con aquellos que no figuran en este formulario. Puedo cambiar de opinión y retirar mi consentimiento en cualquier momento al firmar un Formulario de Retiro de Consentimiento y dárselo a mi Trabajador Social o al FWB CCU. Esto no afectará la información ya compartida. Iniciales: _____

A menos que lo haya revocado previamente, la información específica anterior es válida hasta que yo ya no esté en cuidado temporal o hasta _____.

FECHA DE EXPIRACIÓN

| | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL CLIENTE EN LETRA DE MOLDE | FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE |
| FIRMA DEL CLIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE | FECHA |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL EN LETRA DE MOLDE | RELACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL CON EL CLIENTE |

| ENUMERE LOS NOMBRES DE LOS PROVEEDORES PARTICIPANTES | FECHA | INICIALES DEL CLIENTE |
|------------------------------------------------------|-------|-----------------------|
| , Trabajador social de la Administración de Niños | | |
| , Padres sustitutos | | |
| , Proveedor de atención primaria | | |
| , Organización de atención administrada | | |
| , Coordinador de Atención Médica en el Hogar | | |
| , Trabajador social/director tribal | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |